

IV. 現任者 IPE の実現に向けて

司法精神医療における多職種連携の実践より

精神医療の領域で重要課題となっている高齢者等の地域包括ケア、長期入院患者の地域移行・定着支援の推進においては、Interprofessional Work（IPW：多職種実践）の実践が欠かせない。IPW を理解し実践できるスキルを持つ保健医療福祉専門職の育成は喫緊の課題であり、現任者を対象とした IPE プログラム開発が求められている。そこで実践現場における IPW の推進に向けたこの共同研究には、仏教学部、社会福祉学部、保健医療技術学部といった広い範囲からの研究者が集うこととなった。中でも本研究班は、精神医療福祉に経験のある教員で構成され、我が国の精神医療の中でも最も多職種連携を強化要求されている触法精神障害者を対象として医療機関での連携を調査し、そこから得られた知見により IPW の重要項目と IPE に活かすべき要点を整理することを目的に活動を行ったのでここに報告する。

班員構成

漆葉 成彦 保健医療技術学部（作業療法学科）教授 （精神科医師）
篠原由利子 社会福祉学部 （社会福祉学科）教授 （精神保健福祉士）
吉浜 文洋 保健医療技術学部 （看護学科）教授 （看護師）
荻山 和生 保健医療技術学部（作業療法学科）准教授（作業療法士）

1. 活動内容 1：IPW 基礎情報の収集と聞き取り調査の明確化

1) 実地調査計画の立案 2016 年 7 月～8 月

班員 4 名により、調査対象施設について、調査目的と具体的方法について、調査実施までのスケジュールについて等を検討した。結果、まずは精神科入院医療の中で最も多職種連携が進んでいるとされる司法精神病棟について基礎情報を共有し、その上で正式な調査に向けた聞き取り項目を精査することとした。基礎情報収集と本調査の 2 段階とすることで合意し、聞き取り候補施設の選定と打診を行い、岡山県精神科医療センターと、滋賀県立精神医療センターの 2 つが候補施設となった。

2) 基礎情報収集

日時／調査者：2016 年 9 月 23 日（金） 13：10～16：10／吉浜、篠原、荻山

対象医療機関：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

調 査 対 象：院長補佐（医師）、看護師長、リハビリ課心理療法、作業療法士、精神保健福祉士、病棟プライマリナース

調 査 方 法：カンファレンスへの同席、質疑、病棟見学

調 査 概 要：IPW 精神科班の施設見学および今後の多職種インタビューに向けての事前情報の収集

当研究目的である、医師、看護師、PSW、OT を含む多職種連携が行われている近隣の病院への見学ならびに、実践者へのインタビュー等の調査を計画に向け、その研究調査の計画を整理するにあたって事前に情報を収集し、今後の調査のポイントを明らかにする。触法精神障害者への入院、外来治療を多職種連携により実践している標記の施設を見学させていただいた。事例検討会にも参加をさせていただき、現場スタッフから連携のあり方についてなど準備した質問に対して回答をいただくことができた。

3) 聞き取り調査結果

(1) MDT (multidisciplinary team)^{注1)} カンファレンスへの同席と質疑

最初に司法精神医療における共通評価項目^{注2)}の説明を受け、事例Aさんに関する17項目すべてについての確認と共有の場を見学した。基本MDTカンファレンスは5職種(Dr, Ns, PSW, CP, OT)が集合して行われるが、3職種が集まれば開催している。基本評価は病棟看護師が準備作成し、治療計画はチームで3か月に1回必ず更新を繰り返す。

この事例検討をもとに以下の点を質問し回答を得た。(表1)

表1. 岡山県精神科医療センターにおける質問内容と回答

問	質問内容	回答（得られた情報）
1	治療方針の意思決定、合意形成の方法は？	平素はMDTによるカンファレンスで行い、必要に応じて病棟内カンファレンス→運営会議の順に稟議している。回復に応じてステージが変化するときや、転帰により社会的責任問題がある場合は運営会議にて検討する。運営会議の構成メンバーは、院長、看護部長、事務部長など各部門の責任者であり、医療観察法病棟のみのための運営会議である。
2	情報の共有の範囲と方法は？	前病院も医療観察法病棟だった本事例については、すべての電子カルテ情報を引き継いでいる。
3	病棟ユニットの体制は？	社会復帰ユニット+女性ユニット（3階）、急性期ユニット+回復期ユニット（2階）の2フロア4ユニット制である。看護師は40名でローテーションはあるも1ユニットを担当している。医師3名。コメディカルスタッフはPSW3名、OT2名、CP2名が36床を分担担当しており、必要に応じて本院の業務も兼務することがある。

4	医療観察法病棟における主治医権の制限は課題になっていないか？	医師によると思われる。自分の場合は責任の負担が分散されむしろやりやすいと考えている。
5	スタッフの経験年数やバックグラウンドによる役割の違いは？	基本ローテーションを組んでいるため、明確な違いはない。他の医療機関から転職したスタッフや他の病棟から来たスタッフの発言からは、むしろ、この医療観察法病棟を経験したことでこれまでの職場に対する違和感が明確化したという。例) 精神科スーパー救急病棟が3か月で退院を目指すことのデメリットが見えてきた。等
6	倫理委員会の招集とテーマは？	ケース毎に異なるが、入院処遇が人権にかかわるとした場合に行っており、外部委員（精神保健指定医、PSW）も含めて毎回異なるメンバーで実施となる。
7	司法としての考え方と社会復帰を目標とすることとのジレンマは？	医師：社会復帰を目指すということは、退院後のリスクを減らすということと一致していると考えているため、ジレンマはない。 看護師：スーパー救急病棟においても司法病棟と同じくらいの手厚い対応と、しっかりとした見通しを持った退院を目指すべきという点では、矛盾を感じている。 PSW：リスク回避を優先するとき、本人の意向よりも周囲の判断や次に暮らす環境の調整が重要となるという点では通常の社会復帰と異なるのかもしれない。
8	治療反応性のない患者への対応は？（対象除外としているか？）	治療効果という項目において治療反応性を評価はしているが、ここを2（効果なし）と判定すると、治療継続ができなくなるため、様々な理由を探して1ないし0としてできる限り除外しない姿勢で運営している。
9	もしも、養成教育課程で検討するとすれば何が大切か？	コメディカルスタッフ間で少し検討してから回答させていただきたい。 ⇒後の連絡により、「養成教育課程での多職種と話す場が必要、特に事例を共有して検討する場が有効」との回答を得た。

(2) 病棟内見学

以下の順に館内を見学した。

- 1階 スタッフルーム、会議室、面談室
- 4階 屋上スペース（約8m×20m）草花やオリーブなどの小さな木が植えられている
運動スペース（約7m×10m）卓球やミニバスケットができるが天井は低い
フリースペース（約5m×10m）ちょっとしたストレッチ体操などを行える
- 3階 社会復帰ユニット、女性ユニット（パーテーションにより病床数は変更可能）
作業療法室×2、料理の練習や、音楽を楽しむスペース、喫煙コーナーがある
入浴は毎日可能、コインランドリーもあり100円／回で個人利用可
買い物は原則曜日を決めて1室にて売店（外部業者による）を開催

金銭自己管理の人は飲み物の自販機も自由に買い物可能。

申し込み用紙によって注文を受けて看護で集約して購入している。

電話の権利は保障されており、処遇に関する不服申し立て書類も置いている。

見学時には、外部の音楽講師による小集団での音楽活動（歌唱）をしていた。

2階 急性期ユニット、回復期ユニット（パーテーションにより病床数は変更可能）

両ユニットとは隔離した保護室がある。

その他はほぼ3階と同じ。喫煙コーナーも24時間利用可能。

いずれもデイルームでは毎朝ミーティングが行われ体調などがホワイトボードに記載されていた。

*セキュリティ：二重扉で警備員1名。家族等の面会時には金属探知機を通過義務。

2階と3階の階段以外は常時閉鎖。4階または1階へはエレベーターのみ。

2. 活動内容2：IPW インタビュー調査

1) 人を対象とする研究調査計画の立案 2016年10月～2017年1月

岡山精神医療センターの基礎情報収集をもとに、IPWに関するインタビュー内容の整理を行い、佛教大学の「人を対象とする研究」倫理審査委員会に、研究計画を申請し審査の上、2017年2月7日付にて、学術発第180号承認番号H28-50で承認を得た。その説明と同意文ならびに聞き取り内容を資料1～3として巻末に添付する。

2) IPWに関する情報収集

日時／調査者：2017年 2月16日(木) 12:35～17:50／漆葉、吉浜、篠原、荊山

対象医療機関：滋賀県立精神医療センター

調査対象：司法精神病棟を担当する医師、看護師、精神保健福祉士、心理師、作業療法士

調査方法：「人を対象とする研究」倫理審査で承認された方法に基づくインタビュー

調査概要：「保健医療福祉専門職のためのIPEプログラムの開発と評価」にかかる精神保健福祉領域におけるIPWの現状と課題に対する聞き取り調査

医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士を含む多職種連携が行われている滋賀県で司法精神病棟を運営している滋賀県立精神医療センターへ訪問し、実践者へのインタビュー調査を実施した。前回の岡山県精神科医療センターでの調査結果を整理し、本学内の「人を対象とする研究計画等審査」の承認を得て、書面同意を得た上で調査項目に従い、調査者全員での聞き取りおよび、職種に分かれての聞き取りを行った。これにより、精神障害者の入院・外来治療を多職種連携により実践していく上で、整理すべき視点と貴重な情報を得ることができた。

聞き取りの内容と得られた情報を調査者全員で聞いたもの（表2）と、職種毎に分かれて聞き

取りを行ったもの（表3～6）とで回答を要約して示す。

表2. 滋賀県立精神医療センターにおける聞き取り調査と回答（全員）

MDT の 歴 史： 開設から今日ま での変遷	①開設から今日まで、MDT に関し、見直した点がありますか？ 見直した点があればその理由は何？	開設3年が経過し従来のマニュアルで対応が難しい点が発生したためマニュアルの見直しに取り掛かっている。
	②現在の課題は？	地域は未だに反対ムードである。ハードな基準により理解を求めてきたが一旦緩めると戻せないのどう緩めていくかが課題
MDT の 概 要： 活動の概要、会議の持ち方、構成職種の分担	③倫理委員会の組織構成メンバーは？	院長、事務次長、院外精神科医、MDT 医師2名、看護師長、コメディカル長
	④チームの体制：1ユニットの構成は？	ユニット制はとっておらず（病棟構造は3ユニットあるが）、1つの病棟＝1ユニットとして運営 病棟内は共用ユニット、回復期ユニット、社会復帰ユニットに分かれている

表3. 滋賀県立精神医療センターにおける聞き取り調査と回答（医師）

MDT の 概 要： 活動の概要、会議の持ち方、構成職種の分担	兼任の有無：他病棟との兼務は？	兼任は無い
	経験年数による配置の制約は？	ない
	医療観察法下での多職種連携の特殊性はどこ？	主治医権の制限があること
	スタッフの経歴による役割の違いは？	看護師以外のコメディカル・スタッフと医師は経験の有無を問われない
各治療ステージにおける各職種の役割	ステージ審査時の各職種の関わり方は？	主に看護師が評価した共通評価項目を、すべての職種で合議する。
	情報の共有範囲とその方法は？	チーム内ですべての情報を共有する。困難な事例は週1回の会議を開いている。
各職種が抱えるジレンマとMDTの課題	ユニット内、チーム内での連携の障壁は？	障壁とまでは言えないが、職種による見方の衝突はある。
	その障壁は、事前研修や実習等で改善されるものと考えられる？	事前研修では限界がある。あくまで事例をとおして改善されるものとする。
	治療反応性のない患者は対象から除外される？	医療観察法の適応は終了して、一般医療で対応する

一般精神科病院におけるMDT導入の可能性と困難さ	一般精神科病院へのMDTを導入する際の課題は？	主治医の立場の相違
	MDTの実践から見えてくる一般精神科病棟におけるチーム医療の課題は？	医師としては、特に感じない
	精神障害者の触法事案に伴う司法の考え方と社会復帰とのジレンマは？	処遇終了後の社会資源が乏しい
	司法に関する職場内教育の有無、ある場合はその内容と成果は？	特にない
	養成教育課程での体験や教育では何が大切？	他職種の視点を学ぶカリキュラムが必要

表4. 滋賀県立精神医療センターにおける聞き取り調査と回答（看護師）

MDTの概要：活動の概要、会議の持ち方、構成職種の分担	兼任の有無：他病棟との兼務は？	なし
	経験年数による配置の制約は？	新卒は配置しないが、その他は特段規定なし
	医療観察法下での多職種連携の特殊性はどこ？	MDTチームとして、多職種で1名の対象者を受け持ち、入院から退院まで一貫したケアを行う。合議での方針決定。
	スタッフの経歴による役割の違いは？	なし。経験年数による役割の違いがあるだけ
各治療ステージにおける各職種の役割	ステージ審査時の各職種の関わり方は？	急性期：関係構築、病状、服薬状況の把握 回復期：家族との連携、クライシスプランの作成等社会復帰への準備 社会復帰期：外出、外泊に精神保健福祉士とペアで同行
	情報の共有範囲とその方法は？	電カルなのでどの情報にもアクセス可能
各職種が抱えるジレンマとMDTの課題	ユニット内、チーム内での連携の障壁は？	プライマリー看護師が連携のカナメなのでNs個人の力量で連携に差が出るとは思うが、特に障壁を感じたことはない。
	その障壁は、事前研修や実習等で改善されるものと考えられる？	共通評価項目等MDTの基本的な教育の充実が必要
	治療反応性のない患者は対象から除外される？	1名だけ治療反応性がないとして退院になったが、治療反応性に疑問があっても、入院処遇を継続している

IV. 現任者 IPE の実現に向けて

一般精神科病院における MDT 導入の可能性と困難さ	一般精神科病院への MDT を導入する際の課題は？	職員配置が医療観察法病棟のように多くないので全患者を MDT として受け持つのは困難
	MDT の実践から見えてくる一般精神科病棟におけるチーム医療の課題は？	主治医の決定権を MDT の合議として権限移譲すれば各職種の動きが活性化する。そのような合議制を導入できるかどうか。
	精神障害者の触法事案に伴う司法の考え方と社会復帰とのジレンマは？	保護観察所等の司法との連携は問題ない。強制的な通院処遇は、監視的になり過ぎると感じることもある
	司法に関する職場内教育の有無、ある場合はその内容と成果は？	以前は、医療観察法病棟の仕組みを一般病棟で説明する等していたが、現在はやっていない。訪問看護ステーション、デイケア等の地域部門では、医療観察法病棟職員の説明に関心をもって聞いてもらえている。
	養成教育課程での体験や教育では何が大切？	共通評価項目は、一般の精神科病棟でも使えるので、基礎教育でも紹介しもっと広めてもいいのではないか

表 5. 滋賀県立精神医療センターにおける聞き取り調査と回答（精神保健福祉士）

MDT の概要：活動の概要、会議の持ち方、構成職種の分担	兼任の有無：他病棟との兼務は？	当初は 3 名。兼務あり。医療センター外来担当との兼務。
	経験年数による配置の制約は？	主任（N）精神保健福祉士は精神科病院 PSW から滋賀での立ち上げに参加現職 9 年目。（Y）精神保健福祉士は障害者施設⇒行政福祉事務所⇒県立医療センター⇒10 年目 心理職と合計で 5.5 名配置。院内の異動であるが、適性、知識量、安定性等が判断材料になっている。
	医療観察法下での多職種連携の特殊性はどこ？	MDT ということからとにかく従来に比べて会議が非常に多い。精神保健福祉士としては、以前は退院だからと丸投げされることが多かったが、このチームでは最初から一貫して係わり、最後まで継続する。また薬物投与などについても参加が新鮮である。又活動プログラムに関するスタッフの適応力、知識、刑法や保護観察等法等、法律の深い理解を求められる。今までは精神保健福祉法だけでよかったが・・・。また発言は保証されている。とくに PSW は権利擁護の観点を求められていると思うし、それを自覚している。

	スタッフの経歴による役割の違いは？	主治医権の制限があり、医師の専決事項であったとしてもそれぞれが意見交換を行うことが多い。
各治療ステージにおける各職種の役割	ステージ審査時の各職種の関わり方は？	運営会議での説明、コメディカルとしては心理職が今は主に当っており、時に問題によっては精神保健福祉士が運営会議での説明をしている。ステージアップの検討の際には精神保健福祉士、臨床心理士、看護師の合意を取る。
	情報の共有範囲とその方法は？	従来は主治医の書いたカルテを見ることで終わっていたが、医師の生々しい悩みや意見を聞くことができる。
各職種が抱えるジレンマとMDTの課題	ユニット内、チーム内での連携の障壁は？	他の職種の理論的背景がよくわからないこともあった。したがって同じ足並みで話を進めることができない時もある。 転属できたスタッフの中には医療観察法の詳細が理解できていない者もいた。
	その障壁は、事前研修や実習等で改善されるものと考えられる？	研修会を行うことにしている。
	治療反応性のない患者は対象から除外される？	法律で審判を受けているので対象から外すことはできない。
一般精神科病院におけるMDT導入の可能性と困難さ	一般精神科病院へのMDTを導入する際の課題は？	このMDTで仕事をしたスタッフが外に異動になって、広めてくれることが望ましい。
	MDTの実践から見えてくる一般精神科病棟におけるチーム医療の課題は？	人権とリスクアセスメントのバランスをあまり真剣に考えていないように思う。
	精神障害者の触法事案に伴う司法の考え方と社会復帰とのジレンマは？	医療観察病棟開設をめぐる周辺地域で反対運動があり、司法というより、地域への社会復帰の困難さを痛感する。
	司法に関する職場内教育の有無、ある場合はその内容と成果は？	—
	養成教育課程での体験や教育では何が大切？	まずは自分たちの専門性の深まりとやはり各専門職に関する知識を学生時代から学んでいってほしい。あとはチームアプローチ。

表 6. 滋賀県立精神医療センターにおける聞き取り調査と回答（作業療法士）

MDT の概要： 活動の概要、会議の持ち方、構成職種の分担	兼任の有無：他病棟との兼務は？	1 名専任（担当患者 17 名 /23）、2 名兼務（1 名担当患者 6 名 /23、1 名はプログラム担当）
	経験年数による配置の制約は？	ない
	医療観察法下での多職種連携の特殊性はどこ？	各職種間で役割分担が明確。3 か月評価や会議が義務付けの為、必然的に情報交換と連携を実施することになる。 また、一般病棟では作業療法士 1 人あたり 50 名を担当することに対し、当病棟は作業療法士 1.5 名で 23 名担当の為密な連携が容易である。
	スタッフの経歴による役割の違いは？	経歴による役割の違いはない、作業療法士には生活能力評価を期待されている
各治療ステージにおける各職種の役割	ステージ審査時の各職種の関わり方は？	基本形式に担当看護師が評価したものをもとに MDT 会議で各職種から 5～10 分の追加発言（レジュメも準備）をし、その後治療評価会議で承認、運営会議でステージ変更が決定する
	情報の共有範囲とその方法は？	基本 1 名の患者に 2 名スタッフで行動することが多く、その時の情報交換もあるが、フォーマルな情報は共有ファイルに電子化し、当病棟に従事する職員は自由に閲覧可能である
各職種が抱えるジレンマと MDT の課題	ユニット内、チーム内での連携の障壁は？	コメディカルのみ別室の事務所があり、コメディカル間の連携は比較的容易である反面、医師と看護師とは相対的に話す機会が少ない上、勤務形態も異なることが障壁となりやすい。 プライマリ看護師が MDT への相談なしに会議や見学を調整することも散見される。 看護が低リスク低リターン、コメディカルが高リスク高リターンになる印象がある
	その障壁は、事前研修や実習等で改善されるものと考えられる？	研修レベルの教育では難しいと思う。一例をあげると、調理実習で刃物を使う場合、実習室に入るまでに IC カードキー、ロッカーに鍵、その中のアタッシュケースも鍵付きである。また調理実習は 1 人に 2 人のスタッフが必須で、刃物使用許可書提出、治療評価会議、運営会議を通過する必要があるが、1 か月前に許可書の提出ができないと事実上調理実習は不可能となる。また、院外外出について、退院間際であっても患者 1 名に職員 2 名の対応が条件の上、1 患者あたり月 1 回と定められている。これら患者の変化に応じた対応は現状のマニュアルでは困難であると感じている。

	治療反応性のない患者は対象から除外される？	治療反応性のない患者は1名思い当たるが、入院は地方厚生局により病院が選定され退院については当該病院が病院間でケースワークする必要がある、対象除外は難しい現実にある。
一般精神科病院におけるMDT導入の可能性と困難さ	一般精神科病院へのMDTを導入する際の課題は？	集団をみる力と、個人をみる力の整理が行われ、職種内、職種間で共有されることが大事である。手厚い対応を期待されるが、MDTチームをそのまま一般科へ導入することよりも人員増が先である。人員増をしないままMDTを導入することは、一部の患者のみにしか対応できず本末転倒となるだろう。
	MDTの実践から見えてくる一般精神科病棟におけるチーム医療の課題は？	一般精神科病棟では互いの職種の動きが見えない。作業療法士については気分転換、活動性の向上くらいでしか理解されていないところもある。記録を読まれていないことも多く、作業療法士側からも情報収集や他職種の関わりについて十分に知る機会は設けられておらず各職種が目目の業務で手一杯になっている。
	精神障害者の触法事案に伴う司法の考え方と社会復帰とのジレンマは？	地域の反発が大きく、入院処遇としてできる治療を終えても通院処遇の体制が整わず退院が遅れ、社会的入院が長引くケースがある。クロザリルの使用が数名あり効果も認識しているが、血液内科との連携が必須な点から対応可能な病院も限られかつ、指定通院医療機関を取得している病院となると社会復帰は遠く感じる。作業療法士個人として、触法患者であっても社会復帰は権利として捉えておりジレンマはあまり感じていない。
	司法に関する職場内教育の有無、ある場合はその内容と成果は？	異動時に司法に関連する項目と病棟内の業務を教育する2週間の研修がある。その成果については精査できていない。異動後、事例を通して学ぶことの方が多いと思う。
	養成教育課程での体験や教育では何が大切？	作業療法士としての技術、役割、視点を発信する必要性を学ぶこと。発信するという経験が、逆に作業療法士自身も他職種を理解することに繋がり、MDTとしての動きに繋がると感じている。

3) 結論

司法精神病棟に勤務する医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士から、同職種である調査者が自身の精神医療現場での経験も踏まえながら聞き取り調査を行った。その結果表2～表6に至る実践者の回答を得た。

どの実践（回答）者も司法精神病棟以前は、一般精神科病棟の経験や一般科勤務の経験があり、

それらとの比較からも意見を得ることができた。これらの意見を総合し要約すると、以下のようになる。

- ①多職種連携について、一般精神病床に比べ充実した連携が実践されている。
- ②その要因には、患者対職員比が司法精神病床の方が3倍近く人員配置されていることが大きい。
- ③職場内研修等は異動の事前に行われているが、他病棟を経験した者にとって特別なものではない。
- ④むしろ、配置後のカンファレンスや MDT 内での情報交換が連携教育に大きく貢献している。
- ⑤これらを鑑みて、養成教育で出来ることは多職種（多学科）合同での模擬ケース会議などは実現性が高いが、臨床実習等による学修としては、条件が違い過ぎるため可能性は低い。

以上、触法精神障害者の社会復帰に向けた人権擁護の観点と、十分な人員配置に向けた医療経済性の観点の両方から、多職種連携に関する可能性と課題をみた。現場と学内教育で出来ることは異なるが、乖離せぬよう多職種を意識した教育は、現在も進化している司法精神病棟の MDT から学ぶべきことは多い。

4) 考察

当初の計画では、司法精神病棟での多職種連携の実際を、4 か所程度聞き取りを行い、その比較から精度の高い報告にすることを目指していた。調査員個々の通常業務等により、先方との日程調整に難航し、結果予備調査が1 か所。本調査が1 か所に終わったことで、目標とする IPW に資する養成教育のポイントを整理するには、情報不足が否めない。また、本研究は、精神医療に特化した多職種連携として、保健医療技術学部と社会福祉学部の2学部にかかる研究班で実施した。しかし、現在、精神科入院患者の多くは高齢化し、身体疾患を合併している患者が大半を占める。そのようなことから理学療法学科の教員との共同研究も重要となる。また精神領域で臨床心理技術者が多職種連携に携わることも多く、今後は研究構成員に教育学部臨床心理学科の教員との共同研究も視野に入れ更なる検討を加えることが望ましい。

今回、保健医療技術学部の多くの教職員と検討を重ね、IPW 精神科班として現在最も多職種連携を実践しているであろう司法精神病棟での取り組みを、見学し聞き取りをさせていただく機会を得たことに深く感謝する。この経験を活かし学内での多職種連携教育にわずかでもヒントを見いだせるよう、今後も研鑽を重ねたい。

- 注 1) multidisciplinary team：医療連携において多分野によるチーム形態の一つ。インターディシプリナリーチームや専門家たちが一つの目標に対して緊密な相互連携の下治療を進めていくのに対し、マルチディシプリナリーチームでは、多分野の専門家が各々の専門分野の範疇で診断や治療を行う。各専門家が並列でそれぞれの専門分野における目標を設定する。より互いの専門分野に対する認識と理解が必要となる。
- 注 2) 司法精神医療における共通評価項目：全国の指定入院医療機関（32 病院 825 床）と指定通院医療機関（病院 521 他、診療所、薬局、訪問看護合計 3438）で対象となる触法精神障害者について共通認識をもって対応するために作成された評価項目で、精神医学的要素 3、個人心理的要素 3、対人関係的要素 3、環境的要素 5、治療的要素 3、合計 17 項目からなる。評価尺度は、0 が問題なし、2 が明らかな問題ありとした 3 件法を用い、特記すべき内容を備考に示す。

資料 1

説明文：調査へのご協力のお願いとご説明

この調査は、佛教大学総合研究所共同研究プロジェクト委員、漆葉成彦、篠原由利子、吉浜文洋、荏山和生が行うものです。調査の内容についてご説明いたします。

1. この調査は、「精神保健福祉領域における IPW の現状と課題に対する調査」です。

2. 調査の概要

医療現場や医育機関の中で「多職種協働」による実践（IPW：Inter-Professional Work）や教育（IPE：Inter-Professional Education）が論じられることが多くなりました。この調査の目的は、当大学における共生（ともいき）の理念に基づいた保健医療福祉専門職のための IPE プログラムの開発の基礎資料として、関連する精神保健福祉領域における多職種連携の実際について把握することにあります。

特に、精神科領域における多職種連携としてマルチ・ディシプリナリィ・チーム（MDT：multi-disciplinary team）による「各職種間の役割分担と相互関係構築」がどのように行われているか、各職種の葛藤、解決されなければならない課題等をインタビュー調査によって把握するものです。方法は、聞き取りによって行い、提供いただく情報は、【別紙】の通りですが、各職種に分かれて一部の職種のみにお伺いする部分もあります。

なお本調査の成果は、2017 年度末に佛教大学総合研究所の紀要にて公表する予定です。

3. 個人情報保護

調査の中で若干ではありますが、皆様の個人情報についてお伺いすることがあります。これは、頂いた情報を整理するときに皆様のこれまでのバックグラウンドや職種の違いなどによって捉え方が異なるのかを明らかにするためです。

ただし、この調査は個人が特定される必要はありませんので、誰がどの回答や発言をしたかはわからないよう情報を処理し報告書を作成します。

その情報も当大学研究室内のパソコンでのみ暗号化管理し、厳重に保管いたします。

4 調査に伴う安全管理

この調査ではご質問だけを行いますので身体的負担はほとんどありませんが、もしも身体的、精神的に負担を感じて辛い場合にはいつでも調査を中断いたします。

5 説明と理解に基づく同意

この調査へのご参加、ご協力は任意です。

この調査の参加に同意しないことにより不利益な対応を受けることはありません。

この調査の参加に同意した後でも、申し出により同意を撤回することができます。

同意を撤回しても、そのことにより何ら不利益はありません。

収集した情報等は、他者に渡すことはありません。

苦情および研究計画の内容に関するお問い合わせ先は次の通りです。

研究実施代表者：苅山和生、佛教大学准教授、連絡先（075-366-5599 直通）

以上の内容をよくお読みいただき、ご理解いただいたうえでこの調査に参加することに同意していただける場合は、別紙の「調査同意書」に署名し、日付を記入して担当者にお渡し下さい。

以上、宜しくお願いを申し上げます。

資料 2

調 査 同 意 書

私は、精神保健福祉領域における IPW の現状と課題に対する調査の聞き取り（質問）を受けるにあたり、

説明者（調査者） より、 年 月 日、 （場所）において説明書を用いて説明を受け、調査計画の概要、成果の発表方法、個人情報保護の方法、ならびに安全管理での配慮、同意に関する事項について十分理解しましたので、調査に参加し求められた情報を提供することに同意いたします。

説明を受けて理解した項目

1 実態調査の概要に関する事項

- ☐ 調査の目的と方法
- ☐ 調査成果の発表方法
- ☐ 提供する情報等

2 個人情報保護の方法に関する事項

- ☐ 個人情報の収集が、事業目的、事業計画に照らして必要であること
- ☐ 情報の保管・管理について適切になされること
- ☐ 報告書に情報を匿名化して掲載すること

3 安全管理に関する事項

- ☐ 予見される身体的、精神的な負担について

4 同意に関する事項

- ☐ 調査への参加は任意であること
- ☐ 調査の参加に同意しないことにより不利益な対応を受けないこと
- ☐ 調査の参加に同意した後でも、いつでも申し出により同意を取り消すことができること
- ☐ 同意を撤回しても、そのことにより何ら不利益を被らないこと
- ☐ 収集した情報等は、他者に渡さないこと
- ☐ 問い合わせに関する連絡先

年 月 日

氏 名（自署）

本人が回答頂けない場合

代諾者（自署）

資料3 【別紙】 質問紙および聞き取り調査項目

佛敎大学総合研究所共同研究プロジェクト委員

漆葉 成彦、篠原 由利子

吉浜 文洋、荻山 和生

この度、お伺いしたい点は以下の通りです。

＊印の質問は代表者にご回答いただきたい項目です。

（職種毎）（医師）の質問は、職種に分かれて聞き取りをさせていただきたい項目です。

何卒よろしくお願いいたします。

1. MDT（多職種連携チーム）の概要：活動の概要、会議の持ち方、構成職種の分担

＊治療方針の意思決定、合意形成の方法はどのようにされていますか？

＊倫理委員会の組織構成メンバーと主な検討内容¹⁾をご教示ください。

＊チームの体制：1ユニットの構成をご教示ください。

（職種毎）兼任の有無：他病棟との兼務などがありますか？

（職種毎）経験年数による配置の制約はありますか？

（職種毎）医療観察法下での多職種連携の特殊性はどこにあると考えていますか？

（職種毎）病棟スタッフのバックグラウンド²⁾による役割の違いはありますか？

（医 師）法制度：医療観察法病棟における主治医権の制限³⁾をどう考えますか？

1) 倫理委員会の組織が、法的に定められた以上の組織構成員と検討内容になっているかを確認する

2) バックグラウンドとは、これまでに実践をしていた領域（医療機関、行政機関、福祉機関等）

3) 主治医権の制限とは、医療観察法下ではチームまたは会議で決定することが優先され、一般的な医療における主治医の権限より裁量権が狭いことをいう

2. MDTの歴史：開設から今日までの変遷

＊開設から今日まで、MDTに関し、見直した点がありますか？

＊見直した点があればその理由をご教示ください。

＊開設以前の危惧していた点とその後の展開での一致点、不一致点をご教示ください。

＊現在の課題はどこにあるとお考えですか？

3. 各治療ステージにおける各職種の役割

（職種毎）ステージが上がる時の審査に各職種はどのように関わっていますか？

IV. 現任者 IPE の実現に向けて

(職種毎) 情報の共有の範囲と方法はどのように整理していますか？

4. 各職種の抱えるジレンマと MDT の課題

(職種毎) ユニット内、チーム内での連携の障壁はありますか？

(職種毎) その障壁は、事前研修で改善されるものと考えていますか？

(職種毎) 治療反応性のない患者への対応は？(対象除外としていますか？)

5. 一般精神科病院における MDT 導入の可能性と困難さ

(職種毎) 一般精神科病院への導入を構想する際の課題は何ですか？

(職種毎) MDT の実践から見えてくる一般精神科病棟におけるチーム医療の課題は？

(職種毎) 精神障害者の触法事案に伴う司法の考え方と社会復帰とのジレンマは？

(職種毎) 司法に関する職場内教育の有無、ある場合はその内容と成果は？

(職種毎) もしも、養成教育課程で検討するとすれば何が大切だと思われますか？

以上